

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

## Manejo de la ÚLCERA PÉPTICA EN ADULTOS en el primer y segundo niveles de atención

**Guía de referencia rápida**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-150-08**



CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

CIE -10: K.27 Úlcera péptica.  
K.25 Úlcera gástrica,  
K.26 Úlcera duodenal

## GPC: Manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo niveles de atención

### Definición

La úlcera péptica es una patología del tracto gastrointestinal superior, caracterizado por daño o lesión en la pared gástrica o duodenal, que penetra más allá de la capa *muscularis mucosae*, cicatriza con tejido de granulación, y endoscópicamente es mayor de 5 mm. Es secundaria a la secreción de pepsina y ácido gástrico, lo cual ocurre principalmente en el estómago y el duodeno proximal.

### Factores de riesgo

- Tabaquismo.
- Ingesta de antiinflamatorios no esteroides.
- Infección por *Helicobacter pylori*.
- Estados hipersecretores: síndrome de Zollinger-Ellison, hernia hiatal (úlceras de Cameron) o mucosa gástrica ectópica (divertículo de Meckel).
- Otros: historia personal o familiar de úlcera, los estilos de vida no saludables, los trastornos de ansiedad y la utilización crónica incluso a dosis bajas de ácido acetilsalicílico (ASA).
- Los antecedentes de úlcera péptica aumentan la probabilidad de que un nuevo episodio de dispepsia se deba a una úlcera recurrente.

### Síntomas o signos

Sensación ardorosa o dolor epigástrico quemante; el dolor aparece de dos a cinco horas

### Criterios de referencia: síntomas de alarma

después de los alimentos o en ayuno, y el dolor nocturno se alivia con los alimentos, los antiácidos o los agentes anti-secretores.

Los hallazgos en la exploración física son poco confiables.

### Diagnóstico

Elementos a considerar (ver diagrama):

- Serie esófagoduodenal. Cuando no se cuenta con endoscopia temprana. Sensibilidad y especificidad en úlcera péptica: más de 90%.
- Endoscopia gastrointestinal. Sospecha de úlcera péptica y edad mayor de 55 años o síntomas de alarma (endoscopia temprana). Confirmación de curación de úlcera gástrica, con prueba rápida de ureasa (endoscopia de control).
  - Prueba rápida de ureasa
  - Diagnóstico de infección por *H. pylori*
  - Estudio histológico. Úlcera gástrica, para descartar cáncer
- Prueba de urea  $C^{13}$  o carbono 14 en aliento. Diagnóstico no invasivo de elección, de infección por *H. pylori*; sensibilidad y especificidad mayor del 90% en pacientes preparados.
- Prueba de antígeno contra *H. pylori* en heces. Diagnóstico de infección activa por *H. pylori*; sensibilidad y especificidad mayor del 90% en pacientes no tratados.
- La anemia ferropénica sugiere la presencia de hemorragia digestiva; la sangre oculta en heces positiva sugiere que la hemorragia sea de origen digestivo;

la hematemesis, la melena o la hematoquezia son evidencia de hemorragia de tubo digestivo.

- El vómito de retención (abundante, fétido, sin bilis y con partículas de alimentos ingeridos en periodos prandiales previos) sugiere obstrucción de tubo digestivo alto.
- La anorexia, la pérdida de peso significativa no intencionada y el ataque al estado general son también datos de alarma.
- El dolor abdominal superior persistente, radiado hacia el dorso sugiere penetración de la úlcera.
- El síndrome de abdomen agudo sugiere perforación de la úlcera, y contraindica la endoscopia.
- La presencia de síndrome ulceroso es indicación para realizar una endoscopia gastro-duodenal.
- La hemorragia de tubo digestivo aguda es indicación de endoscopia

#### **Equivalencias de inhibidores de la bomba de protones en tratamiento agudo (ver diagrama).**

- Omeprazol, 40 mg diarios, vía oral, cuatro semanas.
- Pantoprazol, 40 mg diarios, vía oral, cuatro semanas.
- Lansoprazol, 30 mg diarios, vía oral, cuatro semanas.
- Rabeprazol, 20 mg diarios, vía oral, cuatro semanas.

#### **Equivalencias de bloqueadores de los receptores H2 en tratamiento agudo (ver diagrama).**

- Cimetidina, 400 mg cada doce horas, vía oral.
- Ranitidina, 150 mg cada 12 horas, por la noche, vía oral.
- Famotidina, 40 mg cada 24 horas, por la noche, vía oral.

- Nizatidina, 150 mg cada 12 horas, vía oral.

#### **Tratamiento de erradicación de H. pylori.**

Las indicaciones absolutas de tratamiento de erradicación:

- Úlcera péptica gástrica o duodenal, activa o no, con o sin complicaciones asociadas
- Gastritis atrófica y metaplasia intestinal
- Linfoma gástricotipo B de la zona marginal
- Después de una resección gástrica parcial por cáncer
- Familiares de primer grado de personas que han tenido cáncer gástrico y tienen H pylori
- Uso crónico de IBP
- Uso crónico de AINE en pacientes con antecedentes de úlcera péptica, con o sin complicaciones y factores de riesgo asociados
- Púrpura trombocitopénica idiopática y anemia por deficiencia de hierro de causa no explicada

La monoterapia no ha demostrado ser eficaz para erradicar al H pylori.

**Tratamiento de primera elección:** se recomienda utilizar un triple esquema combinado con un IBP a doble dosis con dos antibióticos por un periodo de 14 días.

La combinación de antibióticos más eficaz sigue siendo Claritromicina 500 mg dos veces al día y Amoxicilina 1 g dos veces al día.

**Tratamiento de segunda elección:** esquema cuádruple con un IBP a doble dosis, tinidazol 1 g dos veces al día, tetraciclina 500 mg cuatro veces al día y bismuto 525 mg por 14 días.

**Tratamiento secuencial:** se inicia con IBP a doble dosis y amoxicilina 1 g dos veces al día durante 5 días, seguido por IBP a doble dosis más claritromicina y tinidazol a las dosis previamente descritas por 5 días más.

**Tratamiento de tercera elección:** IBP a dosis doble más azitromicina 500 mg al día por tres días, seguidos de IBP a dosis doble más furazolidona 200 mg tres veces al día por 10 días

Existen otros esquemas en los que se emplea furazolidona con diferentes antibióticos e IBP con tasas de erradicación que oscilan entre 60% y 90%.

#### **Tratamiento quirúrgico.**

La cirugía está indicada en:

1. Pacientes intolerantes a los

medicamentos

2. Pacientes que no cumple con los regímenes de medicación.
3. Pacientes con riesgo de complicaciones:
  - a. Trasplantados
  - b. Dependientes de esteroides o antiinflamatorios no esteroides
  - c. Úlceras gástricas o duodenales gigantes
  - d. Falta de cicatrización de la úlcera
4. Pacientes con recidiva durante la terapia de mantenimiento.
5. Pacientes con múltiples cursos de medicamentos.

## Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica.

